La clinique, objet perdu du psychanalyste

Dominique SCARFONE*

Comment parler de la clinique ? La question est à peine posée que nous venons de tomber... dans la théorie ! La clinique ne sera jamais qu'absence dont le discours de l'analyste essaiera de rendre compte ; ce qui est dans l'ordre des choses puisqu'elle est clinique de l'absence. Absence de l'objet, absence de la mère, ce signifiant fondamental que Jacques Le Beuf repère au fond de l' « Esquisse », « générateur de la pensée et de la symbolisation »[1]. Absence du sens également, qu'il s'agit justement de trouver ou de construire. Absence qui se résume par un mot : Inconscient.

Dans le compte rendu que l'on fait de cette clinique, toujours absence. Absence de l'analysant, partenaire obligé, et de son dire qu'aucun *verbatim*, qu'aucun enregistrement audiovisuel ne saurait ne pas trahir. Absence du cadre, élément fondateur de ce qui s'appelant séance d'analyse sera différent de toute autre rencontre humaine. Absence de Freud qui en prononçant le premier les énoncés fondamentaux de la psychanalyse a établi une image idéale, cause de deuil : aucun autre analyste ne sera jamais Freud, aucun autre analyste n'inventera jamais plus la psychanalyse ; Emma, Dora, Hans, l'Homme aux loups... figures légendaires de la clinique originaire dont personne ne saurait réécrire l'histoire.

Et pourtant on en parle, de la clinique. Malgré l'impossibilité d'en faire un objet de science expérimentale ; malgré les cadres théoriques préexistants, implicites ou explicites, qui ne s'accordent pas toujours entre eux ; malgré le soupçon critique qu'elle suscite, quand ce n'est pas la suspicion. Mais ne parlera-t-on de la clinique qu'en dépit de... ou y a-t-il une manière de s'arranger, de « faire avec » ses servitudes ?

* Société psychanalytique de Montréal et Université de Montréal.

Ce texte est une version légèrement modifiée d'une communication présentée à un colloque de la Société psychanalytique de Montréal, le 22 avril 1989, colloque dont le thème était « Comment parler de notre clinique ? ».

1. Le Beuf, Complément clinique à l'étude de l'Esquisse, *Bulletin de la Société psychanalytique de Montréal,* vol. 1, n° 3, mars 1989, p. 4.

Psa. Univ., 1993, *18*, 70, p. 129-141.

L'analyste pourrait-il travailler autrement qu' « in absentia » ?

They'll never, ever reach the moon,
At least not the one they're after...

Leonard Cohen[1].

« Enfin rappelons-nous, écrivait Freud en 1912, que nul ne peut être tué *in absentia* ou *in effigie*. » Il venait de préciser que dans la cure, la résistance particulière qui est le fait du transfert confère aux émois amoureux secrets et oubliés du patient un caractère d'actualité[2]. Mais vingt-cinq ans plus tard, dans « Constructions dans l'analyse », Freud écrira : « Très souvent on ne réussit pas à ce que le patient se rappelle le refoulé. En revanche, une analyse correctement menée le convainc fermement de la vérité de la construction, ce qui, du point de vue thérapeutique, a le même effet qu'un souvenir retrouvé. »[3]

La tension entre ces deux points de vue de Freud est toujours présente dans la pensée analytique concernant la clinique. Car si l'inconscient ne se manifeste pas en personne[4] dans la cure, si même dans son travail clinique, avant tout compte rendu, l'analyste est obligé de construire, qu'en sera-t-il alors de ses dires qui nécessairement résument, condensent, organisent, rendent présentable le matériel de cette même clinique ? L'analyste pourrait-il travailler autrement qu'*in absentia* ? Si, comme nous le soulignons, l'absence est coextensive au travail de l'analyse, quelle en sera la conséquence sur la communication que voudrait faire l'analyste à propos de son travail clinique ?

L'absence, on l'a dit, parcourt d'un bout à l'autre le travail analytique. L'objet présent, adéquat, n'aura existé que dans ce moment, mythique ou fugitif, d'une première rencontre bouche-sein, où l'offre de la mère coïncide

1. L. Cohen, *Songs of love and hate*, disque Columbia. « Jamais, jamais ils n'atteindront la lune, du moins pas celle qu'ils poursuivent... » (ma traduction).
2. S. Freud, La dynamique du transfert, in *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1977, p. 60.
3. S. Freud, Constructions dans l'analyse, in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985, p. 278.
4. Sauf, pourrait-on dire, lors de ces expériences quasi hallucinatoires dont parle Freud dans la dernière partie du même texte sur les constructions dans l'analyse. Selon les mots de Laplanche, l'inconscient se comporterait alors comme un « revenant ». Voir : J. Laplanche, *Problématiques IV : L'inconscient et le ça*, Paris, PUF, 1981, p. 35.

avec la demande qu'elle vient elle-même d'instituer chez l'infans[1]. L'infans, de son côté, peut croire après coup qu'il a été pendant cette rencontre le tout du désir de cette autre, la mère, séductrice malgré elle. L'effet de la séduction originaire ainsi effectuée sur l'enfant sera d'installer chez ce dernier l'objet-source de la pulsion[2] ; le désir dès lors deviendra irréductible et impossible à satisfaire pleinement. Le sujet est désormais lancé dans la quête perpétuelle d'une réédition de cette première rencontre. « Trouver l'objet, c'est le retrouver », écrira Freud, mais il faut préciser que l'objet retrouvé ne sera jamais vraiment celui qui est recherché. Un écart s'est creusé, que les projets et les idéaux du moi tenteront en vain de combler.

De sa quête de l'objet, de ses déconvenues et des douleurs qu'elles lui causent, des obstacles surgis sur le chemin, des abîmes infranchissables où loge la dépression, de tout cela l'analysant vient parler à l'analyste. La parole sera en effet le pont que le sujet aura jeté au-dessus du vide laissé par l'objet du désir. Déjà enfant, il se sera fait des théories à propos de cette perte, théories qu'il viendra remettre sur le métier de l'analyse pour en défaire les nœuds et pour renouer avec un passé perdu-conservé par voie de refoulement. Le projet secret de l'analysant, dont s'alimente le transfert et que nulle « liquidation » ne saurait épuiser, c'est de pouvoir enfin, sur le divan, panser ses blessures et obtenir ce supplément d'âme nécessaire à la poursuite de sa quête avec des moyens, croit-il, infiniment supérieurs qui lui permettront de combler l'écart.

Il apprendra, bien sûr, qu'il n'en est rien. Que l'analyse, c'est une invitation aux deuils multiples. Que c'est de ce travail du deuil, paradigme de tout travail, que viendra peut-être une consolation. Mais le prix de consolation, ce n'est justement pas le gros lot. L'analysant atténue, par l'acquisition d'un savoir sur son désir et sur l'impossibilité de ne jamais totalement le satisfaire, la brûlure, la fureur de la quête : il devient plus sage, sans doute, mais n'allons pas croire qu'il se résigne... Et d'ailleurs, de quoi aurions-nous l'air, nous analystes, à produire des sujets résignés !?!

Quant à l'analysant qui ne s'est pas « guéri » du projet de devenir analyste[3], ne serait-il pas victime de la plus tordue des ruses du désir ? Il n'est pas venu à bout de son analyste, il ne s'est pas non plus tout à fait consolé de ne pas trouver la pierre philosophale, mais il va s'assurer qu'au moins d'autres après lui — ses propres analysants — poursuivront sa recherche. Transmis-

1. P. Aulagnier, Demande et identification, in *Un interprète en quête de sens,* Paris, Ramsay, 1986.
2. J. Laplanche, De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée, *Etudes freudiennes,* n° 27, mars 1986, p. 7-25.
3. Jean Bossé, La psychanalyse, quel avenir ?, *Bulletin de la Société psychanalytique de Montréal,* vol. 1, n° 3, mars 1989, p. 22-24.

sion de l'analyse ; transmission d'un idéal aussi, point aveugle de l'analyste qui l'engage à continuer d'analyser ; travail sans fin du deuil de l'objet.

Le voilà donc analyste avec, sur son divan, quelques autres chercheurs d'or qui, venant dénouer leurs nœuds, lui donnent du fil à retordre, ou lui brodent de belles images. De quoi vouloir en parler à ses collègues. L'analyste empruntera cette fois à ses propres analysants les mots qui diront les embûches ou les pépites trouvées en chemin, espoir renouvelé du filon pas trop lointain.

Ce faisant, toutefois, l'analyste-rapporteur, ne fait que redoubler l'absence. En parlant de ce qui surgit dans les analyses qu'il pratique, il évoque bien sûr le désarroi de ces chercheurs inconsolables devant le fossé qui les sépare de l'objet ; mais va-t-il croire qu'il rapporte là fidèlement ce qui lui a été dit ? qu'il n'y a pas d'écart entre la séance (ou la cure tout entière) et ce qu'il en évoque ?

La préséance du contre-transfert, la préexistence de l'offre par rapport à la demande, l'impossibilité d'un regard objectif sur ce qui se passe dans la séance, autant de raisons pour ne pas croire possible un compte rendu fidèle à propos de notre clinique, si par fidèle on entend quelque chose d'extérieur à — et indépendant de — l'analyste qui parle. Devant cette impossibilité, plusieurs voies peuvent être empruntées. Nous en examinerons trois : la voie de l'identification à Freud (avec le danger du dogmatisme) ; la voie que nous dirions « agnostique » (avec le danger du « terrorisme de la clinique » ; la voie théorétique, qui concilierait clinique et théorie en une approche où le mouvement de la théorie reprendrait en soi le mouvement « de la chose même ». Il y a probablement encore d'autres voies, mais elles pourraient sans doute s'apparenter à l'une ou l'autre de celles envisagées ici.

Le rendez-vous avec Freud

> Seule la direction est réalité, le but est toujours fiction, même une fois atteint — surtout dans ce cas.
>
> Arthur Schnitzler[1].

Il y a fort à parier que, *mutatis mutandis*, c'est un projet analogue à celui de l'analysant qui anime, au fond, le désir de l'analyste lorsqu'il fait une communication clinique (ou théorique, nous aborderons plus loin cette

1. A. Schnitzler, *Relations et solitudes, Aphorismes*, Paris, Petite Bibliothèque Rivages, 1988, p. 90.

question du rapport clinique-théorie). Rien ne dit qu'il soit moins que le premier tendu vers son but. N'y a-t-il pas aux sources de son projet de devenir analyste, un désir de rencontre avec Freud ? Freud, l'analyste idéal, le seul à s'être analysé lui-même, autant dire auto-engendré. Freud ainsi mis en position d'idéal-de-l'analyste, c'est en quelque sorte sur ses traces que se met tout analyste, quand ce n'est pas carrément dans ses souliers. Ainsi, quand il s'agit de parler clinique, c'est une coutume analytique que de reprendre pour la *én*-ième fois le président Schreber[1], le petit Hans, l'Homme aux loups, ou Dora, etc. Depuis son fauteuil d'analyste, identifié au moins par ce trait — le fauteuil derrière le divan — à son propre analyste, dans une chaîne de filiation psychanalytique, c'est de l'écart affronté sur le chemin des retrouvailles avec Freud que l'analyste voudra plus tard parler à ses collègues. Le « retour à Freud » ainsi entrepris par tout analyste, s'il ne saurait garantir quoi que ce soit, est tout de même la marque par laquelle on cherche à se reconnaître entre disciples ; autant dire un symbole.

Le désir d'être reconnu par ses pairs, à l'opposé de la prétention à ne s'autoriser que de soi-même[2], est à la base des sociétés ou groupements d'analystes, aussi peu structurés qu'ils soient. C'est d'ailleurs cet avatar du désir de revenir à Freud qui donnera lieu à des luttes fraternelles — parfois même fratricides —, où l'on revendiquera la plus grande fidélité à l'analyste originaire. Comme pour les frères parricides de *Totem et tabou,* s'identifier à Freud comporte sa part de culpabilité qu'il sera tentant de projeter sur autrui.

C'est ainsi que l'on rejettera parfois comme non analytique toute observation qui semblerait contredire les canons de la « théorie freudienne orthodoxe ». On questionnera plutôt la fiabilité du rapporteur, ou sa compétence. Plus subtilement, on se hâtera de ramener à du déjà connu tout ce qui semblerait d'abord s'écarter des sentiers battus. Cette dernière opération est, en soi, de bonne guerre : tout raisonnement rigoureux procède ainsi quand il s'agit d'expliquer quelque chose. La réduction méthodologique doit cependant être clairement distinguée du réductionnisme et des préjugés où loge bien plus le désir de ne pas être dérangé dans ses certitudes que l'effort de rigueur théorique. L'identification à Freud jouera ici dans un sens essentiellement défensif ; Freud sera ainsi, comme un mort vivant, plutôt incorporé qu'introjecté, et sa théorie sera quant à elle totalement momifiée.

Dans le meilleur des cas, qu'il faut souhaiter être plutôt la règle que l'exception, l'identification à l'objet perdu-Freud sera l'objet d'un travail

1. Texte, rappelons-le au passage, éminemment psychanalytique, théorique et clinique, mais ne relatant pas l'histoire d'un patient de Freud.

2. Du moins dans l'interprétation et l'application qui ont été généralement faites de cette expression, même si elles ne sont pas les seules possibles.

sur — et à partir de — l'absence du fondateur de la psychanalyse, travail par lequel l'analyste poursuit sur la lancée du fondateur, en appliquant sa méthode. Dans ce travail, ses propres motions inconscientes ne sauraient manquer d'avoir leur part, ce qui peut être une autre cause d'achoppement du projet de parler de sa clinique. S'il est entendu, en effet, qu'au cours de sa pratique analytique l'analyste poursuit son auto-analyse, il n'est pas rare que l'on étende cette notion aux communications, théoriques ou cliniques, mais en particulier aux présentations cliniques. L'analyste qui se sentirait ainsi « exposé » aux regards de ses collègues au cours d'une présentation clinique pourrait bien en être inhibé, ou en tout cas freiné dans son désir de communiquer quelque chose de son travail analytique. Mais est-ce bien vrai que l'on peut déceler une part de l'auto-analyse de celui qui nous parle de sa clinique (ou de sa théorie) ? Pour notre part, nous croyons que dans le travail d'écriture analytique, les effets de l'inconscient de l'analyste ne se manifestent pas directement ; les mouvements d'écriture résultent plutôt d'une exigence ; exigence théorique comme celle que Jean Laplanche a dégagée dans l'élaboration freudienne[1] ; quant à l'auto-analyse, nous adoptons la remarque d'Aulagnier qui nous rappelle que puisqu'il s'agit d'*auto*-analyse, on ne saurait justement la faire à la place du principal intéressé[2].

S'il y a un analyste qui nous ait livré de larges pans de son auto-analyse, c'est bien Freud. Mais s'il est légitime d'appliquer la méthode freudienne au « matériel » que Freud a bien voulu publier (rêves, lapsus, actes manqués) ou à ce qui est resté de sa correspondance avec Fliess et d'autres, le procédé devient beaucoup plus discutable lorsqu'on prétend interpréter dans le sens auto-analytique sa production théorique elle-même. Il me semble que nous changeons alors de plan et que de ce fait les lois de l'interprétation en sont aussi changées : il y va bien plus de l'exigence théorique qui travaille l'œuvre que de l' analyse de l'homme Freud, même s'il est entendu que des rapports existent entre les deux.

L'identification à Freud, donc, dans le désir d'être reconnu par ses pairs ou dans le fait même de poursuivre son auto-analyse à l'instar du premier analyste, est porteuse d'écueils potentiels, de malentendus possibles dans la poursuite d'un but en soi légitime : la fidélité au fondateur de la psychanalyse.

Ce but, comme tout but selon Schnitzler, serait fiction. Mais il faut aller plus loin et se demander si, voulant être fidèle à Freud, il ne faut pas justement lui emprunter plutôt la méthode que le matériel. Or la méthode signifie bien plus l'ouverture vers l'inconnu, vers les limites de l'analysable, que

1. J. Laplanche, *Problématiques* (vol. I à V), PUF, *passim*.
2. P. Aulagnier, Cent fois sur le métier... (on remet son écoute), *Topique*, 41, mars 1988, p. 8.

la confirmation de ce qui serait déjà acquis. Dans ce sens, la fidélité à la méthode freudienne autorise l'analyste à éventuellement *contredire* Freud. Il s'agit non pas de cultiver le « narcissisme des petites différences », mais plutôt d'accorder à la psychanalyse un statut de discipline vivante, et aux analystes la tâche de redécouvrir périodiquement l'inconscient. S'identifier à Freud par sa méthode sera toutefois à l'opposé d'une identification magique, puisqu'elle signifiera engager l'analyste à reconnaître ses limites avant de s'y confronter. Freud « a toujours trouvé dans l'achoppement le motif déclenchant, la motion pulsionnelle d'un progrès théorique. (...) Même ce que l'on prend à tort pour des excursions — de *Totem et Tabou* au *Malaise dans la civilisation* — témoigne, plutôt que d'une volonté d'annexion, *d'aller où ça résiste,* comme s'il ne pouvait y avoir de psychanalyse que là où se fait la rencontre, l'épreuve des limites de l'analysable »[1]. S'identifier à ce Freud-là c'est tout simplement faire son métier.

Le rendez-vous avec Freud sera donc toujours manqué, et ce ratage est salutaire dans la mesure où l'on accepte comme un fait favorable que Freud nous ait donné un langage, une possibilité de penser (avec) la psychanalyse, mais qu'il n'ait en aucune façon prononcé le mot de la fin. C'est d'une clinique où Freud est présent/absent, et non d'une clinique qui nous serait pour ainsi dire acquise, que nous aurions le plus à parler entre analystes ; de cette clinique où nos théories aussi seraient dialectiquement présentes et absentes dans la pratique, c'est-à-dire présentes comme fonds de savoir préalable que l'analyste accepte de remettre en jeu ; absentes comme vérité dernière qu'il ne s'agirait que de confirmer dans une liturgie circulaire.

La clinique sans la théorie ?

> Le dogme se cache dans la clinique « subjective » tout autant que le fantasme se laisse entrevoir dans le discours qui se veut scientifique.
>
> J.-B. Pontalis[2].

Une autre façon de nier l'absence sera le recours à la « clinique pure », ce que j'ai appelé plus haut « la voie agnostique », entendant par là le refus de s'en référer à la théorie sous prétexte que cette dernière serait automati-

1. J.-B. Pontalis, Bornes ou confins ?, *Nouvelle revue de Psychanalyse,* automne 1974, n° 10, p. 7-8, *passim* ; les italiques sont de nous.
2. *Ibid.,* p. 6.

quement réductrice. Comme si la confrontation à l'inconnu que nous procure la clinique nous obligeait à nous présenter les mains nues et la tête vide. L'analyste serait, selon ce point de vue, tenu de ne rien savoir, de ne rien attendre, et d'être le parfait réceptacle de tout ce que dit l'analysant, laissant à une communication d'inconscient à inconscient, si tant est que cela existe, le soin de lui inspirer les interprétations appropriées. Comme l'écrit Aulagnier, le sujet supposé savoir serait devenu sans qu'on y prenne garde un « sujet supposé ignorant », l'ignorance étant cette fois une nécessité du côté de l'analyste et point une supposition de l'analysant[1]. Mais l'analyste sans désir et sans mémoire que Bion appelait de ses vœux, ne saurait être un analyste sans théorie. Même pour un Winnicott, que l'on ne saurait soupçonner de mépriser la clinique, « bien que ce soit toujours le patient qui enseigne à l'analyste, celui-ci doit être en mesure de connaître théoriquement ce qu'il en est des structures les plus profondes ou les plus centrales de la personnalité, faute de quoi il risque de ne pas reconnaître les nouvelles tâches imposées à sa compréhension et à sa technique et de ne pas pouvoir y faire face... »[2]. La dialectique subtile proposée ici par Winnicott est bien loin de la table rase théorique que l'on voudrait faire passer pour le summum de l'ouverture à la nouveauté. C'est, au contraire, par une connaissance théorique bien assurée que Winnicott entend être en mesure de discerner le nouveau, l'imprévu. Winnicott ne fait pas dans les états d'âme de la soi-disant clinique pure. Pour Laplanche, un faux pragmatisme clinique chercherait à « obturer l'angoisse de notre trop fréquente inefficacité thérapeutique » et consisterait en une recherche de recettes cliniques par opposition à une théorisation conséquente. Mais ce refus de la théorie comporterait un véritable « terrorisme des concepts implicites, le plus souvent tirés du sens commun ou banalisés par lui »[3]. Freud lui-même, enfin, n'était pas dupe du fait que toute observation sur le terrain est d'emblée orientée par des concepts préexistants, empruntés si nécessaire[4].

On peut se demander si nous ne sommes pas, avec l'idée de « clinique pure », en présence du revers de la médaille de la « théorie pure » : de la même façon qu'un pur « théoricien » prétendrait ne pas avoir besoin de se référer à la clinique, de ne pas se laisser interroger par elle, de même le pur

1. P. Aulagnier, *L'apprenti historien et le maître sorcier*, Paris, PUF, 1984.
2. Je propose ici ma propre traduction de ce passage de Winnicott, le passage en question étant à mon avis mal rendu dans la version française de *Jeu et réalité*. Le texte original est le suivant : While it is the patient who is all the time teaching the analyst, the analyst should always be able to know, theoretically, about the matters that concern the deepest or most central features of personality, else he may fail to recognize and to meet new demands on his understanding and technique..., in *Playing and Reality*, Penguin Books, 1980, p. 84.
3. J. Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF, 1987, p. 12.
4. Voir le début de Pulsions et destins des pulsions, in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968 ou in *OCF-P*, XIII, Paris, PUF, 1988.

« clinicien » se tient à l'abri en refusant tout simplement qu'on examine les fondements de sa clinique, ce qui ne l'empêche pas de pérorer sur ce qu'est l'analyse. Autrement dit, de théoriser mais en privant les autres du droit de réplique[1].

Or, quand la théorisation est ainsi déclarée hors-la-loi, on se rabat le plus souvent sur l'improvisation du type : « Cela me fait justement penser à une patiente qui me disait ce matin... » La discussion tourne alors à la libre association qui, hors du cadre analytique et sans la règle fondamentale, constitue une dérive souvent improductive. La discussion se change en une série de monologues où les pistes sont de plus en plus emmêlées par la surabondance d'un matériel clinique disparate et le croisement baroque de plusieurs cadres de référence théoriques qui ne disent pas leur nom.

Une clinique de l'absence

Si une troisième voie existe entre l'impossible empirisme clinique et le dogmatisme, elle doit pouvoir s'appuyer sur une conception spécifique de l'objet de la psychanalyse et de la situation où cet objet se déploie. Or c'est des *théories* amenées par nos analysants dont il est finalement question dans notre clinique : au premier chef, les théories sexuelles infantiles visant, entre autres choses, à rendre compte, dans la psyché, des pertes d'objet advenues ou appréhendées. La clinique est donc, encore une fois, une clinique de l'absence où s'efface constamment l'objet à cerner, si cet objet est défini selon les canons traditionnels de l'observation empirique. Alors, de quoi parlons-nous quand nous parlons clinique ? Quel est en fait l'objet analytique dont nous cherchons à rendre compte ?

La théorie, entendue au sens large, inclut aussi bien les interprétations que les constructions de l'analyste et de l'analysant. Il existe d'autres niveaux de théorisation, prétendant à plus d'universalité que ce qui s'élabore dans telle ou telle cure, mais on ne saurait considérer justes ces théories si elles ne peuvent rendre compte, dans une mesure appréciable, des particularités d'une cure singulière. C'est dire qu'au lieu de poser théorie *contre* clinique, il s'agirait de parler de quelque chose qui serait entre les deux, une théorie dont le fonctionnement redoublerait celui de la chose même, une cli-

1. « ... si les analystes étaient conséquents avec l'idée que toute l'efficacité de la cure tient dans une relation qui ne saurait se dire sans se travestir au point d'effacer ce qu'elle comporte de vérité, ils feraient vœu de silence. Or nous assistons à un phénomène inverse : chacun, à sa façon, tente de transmettre ce qu'est pour lui l'analyse, en oubliant même le « pour lui ». J.-B. Pontalis, *op. cit.*, p. 6.

nique où la cure elle-même est autothéorisation[1]. Jean Laplanche propose le terme « théorétique », réunissant sous ce mot tous les lieux légitimes de l'expérience psychanalytique : clinique, théorie, hors cure et historique. « Lieux, écrit-il, que je rassemble dans le terme de *théorétique* pour les distinguer en bloc d'une *pratique*, en ce sens que même ce qui s'intitule clinique est en fait une certaine *considération (theorein)* et une certaine réflexion sur l'objet, car il n'existe pas de clinique purement empirique. »[2] Tout comme la représentation, la théorie vient à la place de l'objet absent — ici, la clinique — ; elle n'est pas moins que la première un objet sur lequel travaille la psyché.

Pour Aulagnier, l'analyse est la rencontre entre une version universelle d'une histoire infantile que possède l'analyste et la version particulière de l'analysant. Les affects serviront de liaison, de « points de capiton » entre les deux récits historiques. Le transfert sera le « catalyseur permettant à deux discours, deux histoires, deux expériences d'aboutir à la mise en forme d'une troisième et nouvelle construction dont chacun des constructeurs, analyse finie, tirera les conséquences, les profits, les enseignements les plus conformes à la poursuite d'un parcours qu'il continuera seul mais dont les buts auront été modifiés »[3]. Nous entendons quelque chose d'analogue chez Green, lorsqu'il écrit que « le véritable objet analytique ne sera ni du côté du patient, ni du côté de l'analyste, mais dans la réunion de ces deux communications dans l'espace potentiel qui est entre eux, limité par le cadre qui se brise à chaque séparation et se reconstitue à chaque réunion ». Et plus loin : « L'espoir dans la cure est fondé sur la notion d'un sens potentiel qui permettra la réunion dans l'objet analytique du sens présent et du sens absent. Mais cette construction n'est jamais gratuite. Si elle ne peut prétendre à l'objectivité, elle peut prétendre à un rapport de correspondance, d'homologie avec ce qui échappe à notre appréhension, dans le présent ou dans le passé. Elle en est un double. »[4] Qu'il nous soit permis de tenter de préciser ici le statut de ce double proposé par Green : un double comme ces modèles scientifiques qui ne prétendent pas plus que les nôtres à une description exhaustive de leur objet ; mais un double aussi au sens d'une deuxième inscription psy-

1. Ici, une mise au point s'impose : il ne s'agit pas d'introduire dans la cure la théorie générale de la psychanalyse ; il ne s'agit pas d'un endoctrinement de l'analysant par l'analyste, mais bien de l'autosymbolisation que constitue la « théorie » au niveau, par exemple, des constructions dans la cure. Voir J. Laplanche, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse, op. cit.*, p. 159.

2. *Ibid.*, p. 19.

3. P. Aulagnier, *loc. cit.*, p. 17.

4. A. Green, L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique, *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 10, automne 1974, p. 241-242, *passim*.

chique. La représentation-mot n'est pas, est-il besoin de le rappeler, l'équivalent de la représentation-chose. Elle en est le représentant préconscient dont rien n'empêche la substitution par un autre représentant, sinon l'exigence — théorétique — du réseau traductif élaboré dans le préconscient. L'exigence du côté de l'analyste, c'est de s'en tenir de façon conséquente à ce récit universalisant qu'est la théorie analytique, tout en permettant aux affects mobilisés par et dans le transfert de lui indiquer les ponts, les passerelles dans le va-et-vient avec les théories de l'analysant. Par conséquent, autant dans la situation clinique on ne saurait dire n'importe quoi, autant dans le « parler de la clinique » on ne saurait se passer de théorie.

*
* *

> L'écriture est ce « travail » nourri de la chose exclue à l'intérieur, baigné de sa misère représentationnelle, mais qui s'avance à la représenter (cette chose) en mots, en couleurs.
>
> Elle a toujours quelque valeur réparatrice du mal fait à l'âme par son impréparation et qui la laisse enfant.
>
> Jean-François Lyotard[1].

Sophie de Mijolla-Mellor écrit que dans les comptes rendus d'analyse, « l'objectif premier (et même peut-être le seul) devient celui d'une maîtrise intellectuelle ». Cela expliquerait à la fois la passion de comprendre « face à laquelle plus rien d'autre ne compte » et le fait que pour l'analyste-auteur, « le matériau premier soumis à l'élaboration soit la déroute initiale ou prolongée qu'il a connue avec ce patient qui l'a fait écrire »[2]. De même que l'analysant vient parler à l'analyste de ses traumatismes, de ce qui dans son enfance et dans le cours de sa vie l'a surpris dans un état d'impréparation psychique, de même l'analyste est amené à élaborer ce qui, venant de son analysant, l'a trouvé dans une impréparation analogue, affective et théorique à la fois. Parler de la clinique serait alors pour l'analyste cette façon de travailler dans l'après-coup, à partir de ce qui, pour lui, dans sa position d'analyste, a eu valeur de traumatisme. Or les traumatismes, tels que la clinique nous permet de les identifier dans l'histoire de nos analysants, ne nous renvoient-ils pas, en dernière analyse, au traumatisme fondateur de l'inconscient que tous, analystes ou pas, nous avons eu en partage dans un temps que seules les constructions, que Freud nous a montré à faire, permettent d'évoquer ?

1. J.-F. Lyotard, *Heidegger et « les Juifs »*, Paris, Galilée, 1988.
2. Sophie de Mijolla-Mellor, Rendre compte d'une analyse, *Psychanalyse à l'Université*, 1985, *10*, 40, p. 570.

Parler de la clinique aussi, c'est représenter en mots, en couleurs « la chose exclue à l'intérieur », c'est-à-dire, en fin de compte, le refoulé originaire qui est au fond de toute analyse comme ultime objet de la quête incessante, comme l'absent fondamental, l'oublié inoubliable.

RÉSUMÉ

Dominique Scarfone — **La clinique, objet perdu du psychanalyste**

Pour rendre compte de ce qui se passe dans la clinique psychanalytique on ne peut que recourir à la théorie. L'opposition théorie/clinique est donc un faux problème ; la clinique psychanalytique ne porte-t-elle pas, pour l'essentiel, sur les « théories » que les analysants élaborent sur le divan, avec en tête de liste les théories sexuelles infantiles ? S'il y a divers degrés de théorisation, du plus particulier au plus universel, il reste que c'est de la rencontre des théories respectives de l'analyste et de l'analysant que s'élabore un travail clinique psychanalytique. Une « théorie » qui se poserait hors de toute clinique serait donc une impossibilité, tout comme est, littéralement, *impensable* une clinique qui prétendrait se passer de théorie. L'apparente contradiction se dissout d'elle-même si l'on tient compte que la clinique psychanalytique est une « clinique de l'absence », absence dont la théorie s'efforce de rendre compte, comme c'est le rôle de toute théorie, quel que soit le champ considéré. En psychanalyse, le refus de cette absence se manifesterait en particulier par une vénération momifiante de la pensée de Freud. On est, au contraire, plus fidèle à Freud en se servant de la méthode par lui inventée qu'en fixant de façon rigide les contenus de son œuvre. L'ouverture à l'inconnu, la confrontation aux « limites de l'analysable », est au cœur de l'entreprise analytique, et l'écriture psychanalytique est une tentative de perlaborer le traumatisme subi par le psychanalyste lors de cette confrontation ; traumatisme en après-coup de l'événement fondateur de l'inconscient, celui de l'analysant comme celui de l'analyste.

Dominique Scarfone — **The clinical approach, a lost object of the psychoanalyst**

In order to give an account of what takes place within the psychoanalytic clinical approach, one has to refer to theory only. The opposition theory/clinical approach is therefore a false problem. Doesn't the psychoanalytic clinical approach mainly rest on the « theories » that are being elaborated by the patients themselves on the couch, with, above all, the infantile sexual theories ? If there are indeed several degrees of theorization, from the most specific to the most universal, what remains in the end is that any psychoanalytic clinical work can only be elaborated through an encounter between the several theories of both the analyst and the patient. A « theory » that was erected outside the psychoanalytic clinical approach would thus be impossible, just as any clinical approach that would pretend to be able to exist without the theory would be literally « *unthinkable* ». The apparent contradiction dissolves itself if one keeps in mind that the psychoanalytical clinical approach deals with « absence », an absence which theory attemps to give an account of, as is always the

case with any theory, whichever field concerned. In psychoanalysis, the refusal of such an absence would be seen through a mummified worship of Freud's thought. On the contrary, one is far more faithful to Freud when one uses the method he invented himself, rather than when one fixes rigidly the contents of his work. The opening towards the unknown, the confrontation with the limits of what is analyzable are both at the heart of the psychoanalytic enterprise and the psychoanalytic writing is an attempt to work through the trauma experienced by the analyst in the course of such a confrontation ; a trauma in an afterwardsness of the founding event of the unconscious both on the side of the analyst and that of the patient.

Dominique Scarfone — **La clínica, objeto perdido del psicoanalista**

Es indispensable recurrir a la teoría para explicar lo que ocurre en la clínica psicoanalítica. La oposición teoría/clínica es pues un falso problema. Por otra parte, no podemos olvidar hasta qué punto la clínica depende de las « teorías » que los pacientes elaboran sobre el diván, en primer término las teorías sexuales infantiles. Hay teorizaciones de diversos niveles, del más detallado al más universal : el trabajo clínico psicoanalítico surge del encuentro de las teorías respectivas del analista y el analizando. Une « teoría » formulada fuera de toda clínica sería imposible, del mismo modo que sería *impensable* una clínica que pretendiera prescindir de teoría.
Aún más, la aparente contradicción se resuelve espontáneamente si se considera que la clínica psicoanalítica es una « clínica de la ausencia », ausencia que la teoría intenta explicar, lo que es propio de las teorías en cualquier ámbito. En el ámbito psicoanalítico, el rechazo de la ausencia tendría por consecuencia la veneración momificante del pensamiento de Freud. Pero si utilizamos el método que él inventó somos más fieles a Freud que si fijamos rígidamente los contenidos de su obra. La apertura a lo desconocido, la búsqueda de « los límites de lo analizable » constituyen el eje de la empresa analítica. La escritura es el fruto del esfuerzo que hace el analista por superar el traumatismo que ha sufrido en esa búsqueda ; traumatismo que sobreviene *con posterioridad* al acontecimiento fundador del inconsciente, tanto el del paciente como el del analista.